Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 24. listopada 1917. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,
starszy lekarz.

Obecna wojna światowa, mimo całej swojej grozy, okazała także i pewne dodatnie strony; wystarczy wspomnieć tylko o ogromnym rozwoju techniki, awiatyki i przemysłu. Dodatni wpływ wojny pojawił się także i w zakresie medycyny; bez wojny nie poznalibyśmy nigdy w takich rozmiarach wpływu szczepienia ochronnego przeciw durowi brzusznemu i cholerze, nie rozszerzylibyśmy w takim stopniu, jak obecnie, naszych wiadomości o zgorzeli gazowej, o durze osutkowym, najrozmaitszych postaciach nerwic, o wpływie wysiłków fizycznych i duchowych na narząd krążenia; do takich bezpośrednich wyników wojny należy zaliczyć także poznanie nowej »choroby wojennej«, która dotąd lekarzom naszej doby była zupełnie nieznana; chorobą tą jest t. zw. gorączka wołyńska.

Rozumiemy przez nią swoistą jednostkę chorobową zakaźną, cechującą się w prawidłowym przebiegu, oprócz szeregu innych objawów, przedewszystkiem napadami gorączki, trwającej około 24—48 godzin, ze średnio 4—6-dniowym okresem bezgorączkowym.

Jakkolwiek poznanie obrazu klinicznego tej choroby jest zdobyczą ostatnich dwu lat, to jednak na podstawie danych, zawartych w literaturze lekarskiej średniowiecza i starożytności, mamy prawo przypuszczać, że była ona znana już w owych czasach; i tak spotykamy wzmianki o stanach chorobowych, cechujących się powtarzającą się co 5, 6 lub 7 dni gorączką, u Hipokratesa, Galena, a w wiekach średnich u Avicenny i Rhazesa; charakterystyczny jest w tym względzie heksametr, znajdujący się w poemacie z XII w. p. t. »Meister Isengrimus«, nieznanego autora: »Aut habet aut fingit quintanae frigora febris« (Werner[1]).

W najnowszych czasach (1904) opisał Apolant[2]) pod nazwą »Influenza mit Rückfällen?« u trojga osób z rodzeństwa obraz chorobowy, którego głównymi objawami były bóle w członkach, osłabienie, a przedewszystkiem napady gorączki, trwające 1—2 dni i powracające po 5—6 dniach; być może, że te trzy, odosobnione zresztą przypadki należały także do omawianej tutaj postaci chorobowej.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, chciałbym jeszcze poruszyć sprawę nazwy tej choroby; fakt, że opisali ją niezależnie od siebie rozmaici autorzy i na podstawie spostrzeżeń, poczynionych na różnych odcinkach frontów europejskich, miał ten skutek, że spotykamy się w piśmiennictwie z rozmaitemi nazwami na oznaczenie tegosamego stanu chorobowego. His wprowadził nazwę »gorączki wołyńskiej«, Stiefler i Lehndorff[3]) »gorączki z nad Ikwy« (Ikwa-Fieber); nadto spotkałem się w literaturze z »gorączką z nad Mozy« (Maas-Fieber); Werner, uwzględniając nie warunki geograficzne, tylko przebieg kliniczny, posługuje się nazwą »piątaczka« (febris quintana, Fünftagefieber). Wszystkie te nazwy nie są bez zarzutu, stwarzają bowiem za szczupłe pojęcie dla symptomatologii tej choroby; jak bowiem z jednej strony »gorączka wołyńska« pojawiła się także na froncie francuskim, tak z drugiej strony typ piątaczkowy gorączki bardzo często ulega wahaniom; nadto nazwa »piątaczki« (Fünftagefieber) może sprowadzić nieporozumienie, bo mogłoby się zdawać, że ma ona oznaczać gorączkę, trwającą 5 dni, gdy chodzi tutaj o 5-dniowy okres bezgorączkowy*). Nazwa »gorączka wołyńska« nie jest wprawdzie także, jak wyżej wspomniałem, zupełnie wolna od zarzutów, sądzę jednak, że jest najodpowiedniejsza, z jednej bowiem strony ogromna większość dotychczas spotykanych przypadków pochodzi z frontu wołyńskiego, względnie z części Galicyi, przyległej do Wołynia, z drugiej zaś strony nie stoi ona w żadnej sprzeczności ze zboczeniami od typowego przebiegu choroby.

Daty statystyczne co do wieku, płci i zatrudnienia osób, nawiedzanych z upodobaniem przez gorączkę wołyńską, trudno obecnie podać, gdyż dotychczasowy materyał obserwacyjny znajdował się tylko w szpitalach wojskowych w pobliżu linii bojowej, które tylko w wyjątkowych przypadkach leczą ludność cywilną; dlatego też pogląd, że na gorączkę wołyńską zapadają przedewszystkiem osoby płci męskiej, w wieku od 20—40 lat, niema żadnego znaczenia, gdyż właśnie ci ludzie stanowią olbrzymią większość armii, a więc i materyału szpitalnego wojskowego. Dokładne statystyczne wyniki mogłyby być osiągnięte dopiero po wojnie, o ile będziemy mieć materyał, czerpany z całej ludności, i o ile choroba ta i po wojnie trwać będzie w tem nasileniu, co obecnie.

Według dotychczasowych spostrzeżeń możemy stwierdzić, że pojawienie się gorączki wołyńskiej nie jest wprawdzie ściśle zależne od pory roku i warunków atmosferycznych, że jednak przeważna część przypadków przypada na miesiące zimowe, jesień i początek wiosny. Przyczynę tego omówię niżej przy epidemiologii tego cierpienia. Większą część moich przypadków**) spotkałem w lutym, marcu i kwietniu; pojawianie się gorączki wołyńskiej niema nigdy cech nagminnych, tak że możemy mówić tylko o charakterze endemicznym.

---

*) Uwaga ta odnosi się przedewszystkiem do nazwy niemieckiej: »Fünftagefieber; nazwa łacińska »quintana« i polska »piątaczka« zdawna są używane tylko w znaczeniu gorączki, powracającej co pięć dni. (Red.).

**) Spostrzeżenia moje dotyczą z górą 40 przypadków.

Obraz kliniczny gorączki wołyńskiej w przebiegu ostrym, prawidłowym, takim, jaki pierwsi spostrzegli i opisali His i Werner, jest następujący. Nagle, bez okresu zwiastunów (właściwy napad może wyprzedzać co najwyżej na kilka do kilkunastu godzin uczucie ogólnego osłabienia, lub bóle głowy), wśród lekkich dreszczyków, daleko rzadziej silnych dreszczów, występuje gorączka, która w ciągu kilku do kilkunastu godzin dochodzi do znacznej wysokości, około 39° C., ale może i 40° C. przekraczać. Powolnem stosunkowo wzrastaniem ciepłoty tłómaczy się brak silnych dreszczów. Na szczycie utrzymuje się gorączka około 24—48 godzin, okazując mniejsze lub większe wahania i spada następnie do prawidłowego poziomu również w ciągu kilku do kilkunastu godzin, co nam tłómaczy znowu brak silniejszych potów przy jej spadku. Gorączce towarzyszą czasem opryszczki wargowe. Po tym napadzie następuje okres bezgorączkowy, trwający zazwyczaj 5 dni, lecz często okres ten jest krótszy, lub dłuższy, tak, że skrajne jego granice mogą wynosić 3—7 dni; po upływie tego okresu przychodzi nowy napad gorączki, mający tesame cechy, co poprzedni. Napadów takich może być kilka, czasem tylko 2—4, bardzo często jednak znacznie więcej, nawet 10—12; należy jednak przytem zauważyć, że dalsze napady są stopniowo coraz słabsze, okresy zaś bezgorączkowe nieco się zwiększają. W okresie bezgorączkowym ciepłota jest albo całkiem prawidłowa, albo też wykazuje podgorączkowe wzniesienia. Poszczególne napady przypadają u tychsamych osób bardzo często prawie na tęsamą godzinę. Jak widać, czas trwania całej choroby wynosić może szereg tygodni. (Zob. krzywe Nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Napadom gorączki towarzyszą rozmaite objawy, które okazują wahania w nasileniu odpowiednio do fali ciepłoty. Równocześnie z wystąpieniem gorączki, często zaś już parę godzin przedtem doznają chorzy uczucia ogólnego schorzenia, ociężałości, niemocy, silnego bólu głowy. Najważniejszym jednak objawem są bole, których nasilenie i siedziba przedstawiają się bardzo rozmaicie. Do s t a ł e g o obrazu chorobowego należą nadzwyczaj silne, świdrujące i rwące b ó l e w z d ł u ż k o ś c i p i s z c z e l o w y c h (tibia), które pod wieczór wzmagają się i mogą przyprawić chorego o całe noce bezsenne. Dotknięcie się okostnej piszczeli, zwłaszcza ich ostrego brzegu, odczuwają chorzy nader boleśnie. Ból dochodzi czasem do tego stopnia, że chorzy nie mogą kroku zrobić, stojąc zaś, opierają się rękami o kolana. Bóle te mają cechy nerwobolu. Badanie promieniami Roentgena wykazuje przeważnie prawidłowy stan okostnej. Rzadziej i zwykle nie w tak silnym stopniu możemy spotykać bole w innych częściach układu kostnego, n. p. w kościach ramienia i przedramienia; u kilku moich chorych spotykałem silne bole mostka, tak samoistne, jak i dotykowe. Bole nie oszczędzają także i mięśni; siedzibą ich mogą być wszystkie grupy mięśni, najczęściej jednak mięśnie goleni; bolesne są zwłaszcza miejsca przyczepu ściągien do okostnej, względnie torebek stawowych, same zaś stawy nie okazują żadnych zmian. W jednym z moich przypadków widziałem podczas napadów tak silne bóle w zakresie mięśni brzusznych prawej strony, że wobec silnego napięcia powłok brzusznych, nagłego wystąpienia bolów, a nadto wysokiej gorączki, można było myśleć o ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego; bóle znikały jednak po ustąpieniu gorączki, a wracały z jej nawrotem, tak, że ich charakter nie ulegał wątpliwości. Znaczna część chorych doznaje nadto silnych bolów głowy, które lubią się usadawiać zwłaszcza nad oczodołami.

Jak już wspomniałem, dolegliwości te okazują wahania, idące równolegle ze wzniesieniami gorączki. Z chwilą powrotu ciepłoty do stanu prawidłowego znikają one w lekkich przypadkach zupełnie, w cięższych zaś tracą znacznie na sile. W tych ciężkich przypadkach nie znikają one całkowicie nawet po ostatnim napadzie gorączki, lecz mogą się utrzymywać przez kilkanaście dni, a nawet i dłużej, i to prawie bez wyjątku w postaci bolów kości goleni. Podobnie, jak i bóle, zachowuje się także uczucie ogólnej niemocy, t. zn., że chorzy w lekkich przypadkach czują się w okresie bezgorączkowym zupełnie zdrowi i silni, w cięższych zaś nawet po ustaniu napadów są jeszcze jakiś czas osłabieni. Zauważyć należy, że na ogół nasilenie bolów nie jest w prostym stosunku do wysokości ciepłoty, t. zn. nawet przy niezbyt silnej gorączce bóle mogą być bardzo wielkie i naodwrót. Niekiedy spodziewany napad gorączki może nie nastąpić, natomiast bole okostnomięśniowe, bole głowy, uczucie osłabienia, mogą się objawić w całej pełni; w takich przypadkach możemy mówić o r ó w n o w a ż n i k u n a p a d u (krzywa Nr 1).

Prawie stałym objawem, towarzyszącym gorączce wołyńskiej, jest o b r z ę k ś l e d z i o n y; u przeważającej liczby chorych jest ona macalna, nieco bolesna, lub też jej powiększenie można wykazać opukiwaniem.

Narząd oddechowy nie okazuje ani wybitnych, ani charakterystycznych cech; u pewnej części chorych spotykamy ostry nieżyt błony śluzowej gardła i tchawicy, względnie oskrzeli; poważniejszych zmian, jak zapalenie płuc, opłucnej i t. p. nigdy nie widziałem ani u swoich chorych, ani też nie spotkałem żadnej wzmianki w dostępnej mi w polu literaturze.

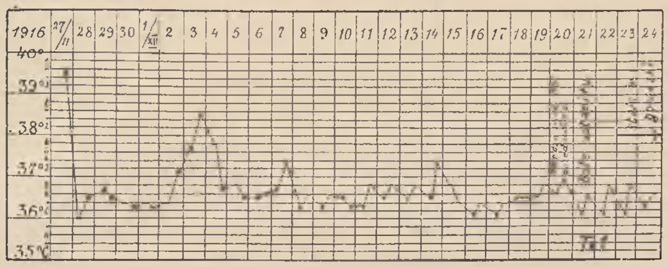
Narząd pokarmowy również nie przedstawia większych zboczeń od stanu prawidłowego. Napadowi samemu towarzyszy brak apetytu, język jest obłożony, czasem występuje biegunka. Wątroba nie okazuje żadnych zmian; niekiedy okolica podżebrza prawego jest przy ucisku miernie bolesna. Przy omawianiu przewodu pokarmowego chcę zwrócić uwagę na pewien ciekawy objaw natury troficznej w obrębie jamy ustnej, wspomniany ostatnimi czasy przez Buchbindera[19]); według niego w każdym przypadku gorączki wołyńskiej znajdują się na podniebieniu na obszarze powyżej języczka, mającym kształt trójkąta, zwróconego podstawą do języczka, a wierzchołkiem ku ustom (przyczem wysokość trójkąta ma wynosić 2—3 cm), drobniuchne pęcherzyki, nie przekraczające wielkości główki od szpilki, wypełnione jasną cieczą; stoją one pojedynczo lub po 2—4 razem. Sam nie zauważyłem tego objawu u moich chorych, a także i w literaturze nie znalazłem żadnej o tem wzmianki.

Także i w zakresie układu moczowego nie znajdujemy u ogromnej większości chorych żadnych odstępstw od stanu prawidłowego; niekiedy można spotkać białko względnie krwiomocz (Korbsch[6]), Schwinge[7])), podczas napadu lub ostre zapalenie nerek (Franke[5]). Co do moich spostrzeżeń, to u jednego chorego spotkałem ostre zapalenie nerek, nie mogę jednak rozstrzygnąć, czy w tym przypadku gorączka wołyńska dołączyła się do zapalenia nerek, czy też zapalenie nerek było bezpośredniem następstwem zakażenia gorączką wołyńską —, chory bowiem w chwili przybycia do naszego szpitala okazywał już pełne objawy obu tych cierpień. Poza tem nie mogłem u żadnego z moich chorych stwierdzić ani białkomoczu, ani też dodatniego wyniku odczynu dwuazowego i Weissa (Urochromogenreaktion *).

Układ nerwowy oprócz opisanych powyżej bólów w zakresie układu kostnomięśniowego, należących do stałych objawów gorączki wołyńskiej, nie okazuje żadnych zboczeń; odruchy ściągien i okostnej są prawidłowe, w ruchu i czuciu nie znajdujemy żadnych zmian. Wspomnieć jednak muszę o własnem mojem spostrzeżeniu, gdzie podczas napadów gorączki (40° C. i wyżej) nie występowały, jak zazwyczaj, bóle kostnomięśniowe, lecz prawostronna rwa kulszowa. Nerwoból ten, dochodzący w czasie gorączki do ogromnej siły, spadał w okresie bezgorączkowym do tego stopnia, że chory mógł chodzić, chociaż z trudnością; w miarę dalszych napadów rwa kulszowa zaczęła się wzma-

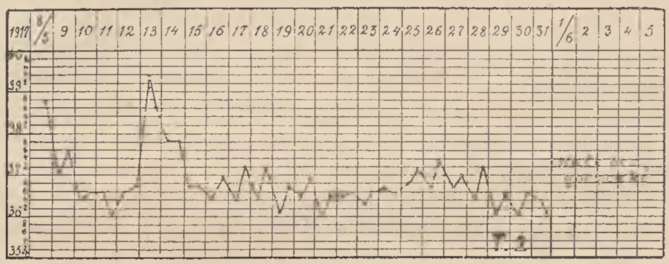
*) Wszystkie badania chemiczne, bakteryo-serologiczne i hematologiczne zostały wykonane w c. i k. polowem laboratoryum bakteryologicznem Nr 88 (komendant: lekarz sztabowy Dr Fr. Müller).

Krzywa Nr 1. K. J. (Spostrzeżenie własne).



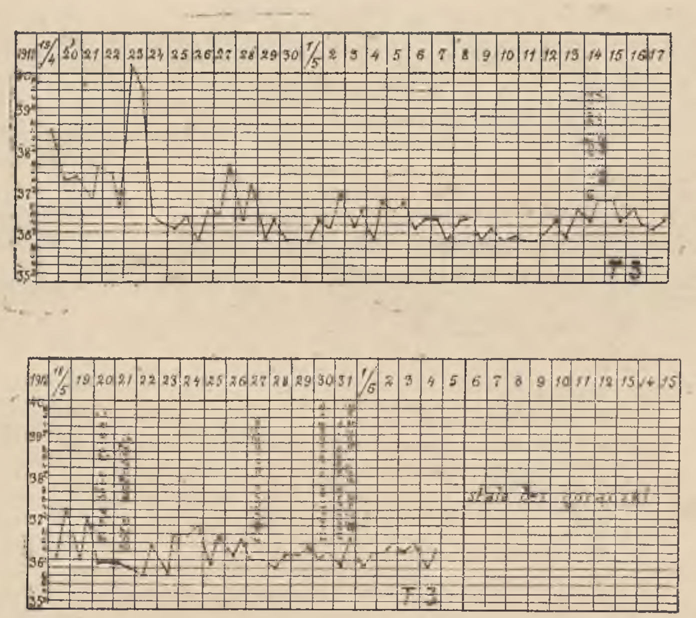
Prawidłowy przebieg postaci napadowej: wzniesienia gorączki stają się coraz słabsze, zaś okresy bezgorączkowe coraz dłuższe, na 6. dzień po ostatnim napadzie silne bóle piszczeli bez wzniesienia ciepłoty (równoważnik napadu); 12 dni po ostatnim napadzie następujący obraz krwinek białych: neutrochl. 59%, limfocyt. 30%, eozynochl. 9%, monocytów 2%.

Krzywa Nr 2. H. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg postaci napadowej; krzywa wykazuje tylko dwa napady; według wywiadów chory przed przyjęciem do szpitala nie miał napadów gorączki.

Krzywa Nr 3. T. (Spostrzeżenie własne).

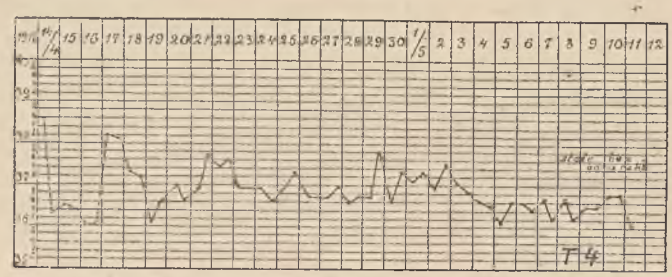


Krótki początkowy okres napadowy, poczem rozwija się typ postaci poronnej.

Obraz krwi 8. V.: neutrof. 40%, limfocytów 45%, monocytów 15%.

Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 40%, limfocytów 49%, monocytów 11%.

Krzywa Nr 4. H. (Spostrzeżenie własne).

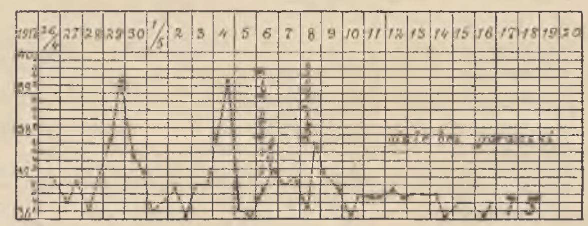


Prawidłowy przebieg postaci napadowej o słabem nasileniu.

Obraz krwi 13. V., więc 11 dni po ostatniem wzniesieniu gorączkowem: neutrof. 30%, limfocyt. 55%, monocytów 10%, eozynof. 4%, tuczne 1%.

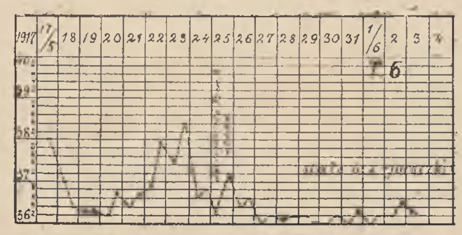
Obraz krwi 20. V., 18 dni po ostatnim napadzie: neutrof. 30%, limfocyt. 43%, eozynof. 13%, monocytów 14%.

Krzywa Nr 5. Sch. (Spostrzeżenie własne).



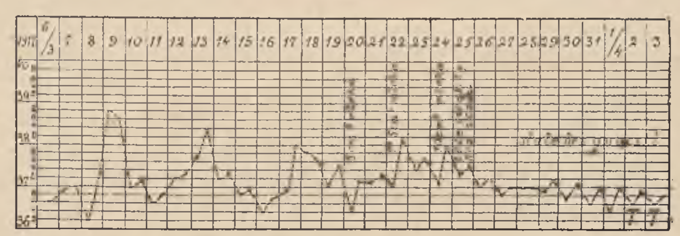
Prawidłowy przebieg postaci napadowej; po wstrzyknięciach śródmięśniowych mleka ustanie napadów.

Krzywa Nr 6. K. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg formy napadowej; po jednorazowem wstrzyknięciu 10 cm mleka ustąpienie napadów.

Krzywa Nr 7. Sch. (Spostrzeżenie własne).



Prawidłowy przebieg postaci napadowej; po wstrzyknięciach mleka ciepłota stale prawidłowa, bóle ustąpiły; wzniesienia ciepłoty, występujące po 2. i 3. wstrzyknięciu, są odczynem na śródmięśniowe wprowadzenie mleka do ustroju.

gać także i w okresie bezgorączkowym i zachowywała się przeciw wszelkim środkom nadzwyczaj opornie. W tym więc przypadku bóle wyjątkowo zmieniły swe zwykłe umiejscowienie i usadowiły się w nerwie kulszowym. O ile mi z literatury wiadomo, jest to dotychczas całkiem odosobniony przypadek; dla dokładności nadmieniam, że wszelkie inne tło rwy kulszowej, jak zimnica, cukrzyca, ucisk i t. d. było wykluczone.

Skóra prawie zawsze zachowuje się prawidłowo, tu i ówdzie spotyka się wzmianki o wysypkach plamistych i różyczkowych tułowia, być może jednak, że były to wysypki toksyczne, wywołane podawaniem środków przeciwgorączkowych. U moich chorych nie dostrzegłem żadnych zmian w tym względzie.

Narządy wzrokowy i słuchowy nie okazują żadnych zaburzeń.

Układ krwionośny: Niekiedy przy wysokiej gorączce można stwierdzić lekkie rozszerzenie lewej komory serca i czasem, w związku z tem, dodatkowy szmer nad koniuszkiem. Liczba tętna odpowiada na ogół wysokości ciepłoty i zwłaszcza po ciężkich napadach, nawet w okresie ozdrowienia może okazywać chwiejność, tak że już mały wysiłek fizyczny wywołuje znaczne jego przyspieszenie. W niektórych moich przypadkach stwierdziłem względne zwolnienie tętna; w ciśnieniu krwi nie zauważyłem żadnych zmian.

Wszystkie te nieprawidłowości nie mają w sobie nic swoistego, są przemijające i nie wywołują żadnych powikłań.

Gdy tedy układ naczyniowy nie przedstawia ani wybitnych, ani charakterystycznych zboczeń, inaczej się ma rzecz z obrazem krwi, mianowicie obrazem krwinek białych. Ciałka krwi czerwone nie okazują morfologicznie żadnych zmian, po silniejszych zaś i dłuższy czas trwających napadach mogą przedstawiać mniejsze wartości liczebne, których wyrazem jest lekka niedokrwistość, ustępująca w niedługim czasie i nie mająca żadnych cech swoistych. Natomiast obraz krwinek białych przedstawia charakterycze wahania, idące równolegle do fali ciepłoty; te zmiany w zakresie krwinek białych są obok napadów gorączki, bolów i obrzęku śledziony, stałym i charakterystycznym objawem gorączki wołyńskiej. Podczas napadu gorączki, względnie czasem już parę godzin przedtem, zwiększa się liczba krwinek białych, dochodząc nawet do 20.000 w 1 mm^3); stosunek odsetkowy zmienia się na korzyść ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych ze szkodą limfocytów, liczba krwinek eozynochłonnych albo ulega zmniejszeniu, albo nie przedstawia zmian, monocyty zachowują się zmiennie, czasem okazują zwiększenie ponad 10%. W okresie bezgorączkowym liczba krwinek białych spada do stanu prawidłowego (czasem do 5.000), a równocześnie zmniejsza się odsetkowo liczba krwinek wielojądrzastych i obojętnochłonnych na korzyść limfocytów, które mogą czasem dochodzić do 40%; limfocytozie towarzyszy często eozynofilia (5—9%)*). Ustępowanie choroby cechuje się ostatecznie limfocytozą (zob. krzywa Nr 4), o wyzdrowieniu mamy prawo mówić dopiero wtedy, gdy po ostatecznem ustąpieniu innych objawów także i obraz krwi wróci do stanu prawidłowego, co nastaje dopiero w kilka tygodni po ostatnim napadzie gorączki.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu?

(Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Dokończenie).

Trudno jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jaka zmiana anatomiczna jest podstawą klinicznie stwierdzonych zmian w nerkach u naszych chorych i czy mamy wogóle prawo zaliczyć je do grupy zapaleń nerkowych. Brak badań anatomopatologicznych wobec korzystnego przebiegu przypadków zmuszałby nas do wyrażenia przypuszczeń mniej lub więcej prawdopodobnych. Z tych względów wybraliśmy dla nich nazwę »ostrej niedomogi czynnościowej nerek«, bez konieczności rozstrzygania, czy przyczyną jej jest ostre zapalenie, czy też rzeczywiście tylko nieprawidłowy stan czynnościowy (funkcyonalny) nerek. Sprawa nomenklatury zapalnych schorzeń nerkowych w ostatnich czasach jest i tak bardzo zagmatwana. Przeważna liczbe autorów nazwą »nephritis sensu strictioris« obejmuje ta przypadki, w których schorzeniem są dotknięte naczynia włosowate (kłębki) nerkowe; osobno rozróżniają oni jeszcze »nephritis interstitialis«, i to tam, gdzie sprawa chorobowa toczy się w podścielisku (»stroma«) nerki. Przypadki z zajęciem cewek nerkowych objęte są nazwą »nephrosis«. Prócz tego wprowadzono jeszcze ogólne pojęcie »nephropathia«, do którego właściwie możemy zaliczyć wszystkie przypadki schorzeń nerek, bez względu na ich bliższą naturę. Według tych pojęć nasze przypadki należą do »nefropatyi«, zbliżających się do grupy typowych ostrych zapaleń (nephritis s. str.), bo sprawa chorobowa w nich dotyczy przedewszystkiem naczyń włosowatych nerek. W myśl tych wywodów moglibyśmy mówić o »nephritis acuta analbuminurica«. Za tłem zapalnem przemawiałoby również spostrzeżenie występowania u niektórych chorych śladów białka w moczu po śródzylnem wstrzykiwaniu cukru mlecznego, na dowód skłonności nerki do uszkodzeń pod wpływem ciał obcych, do których należy cukier mleczny. Obecność stanu zapalnego nerek popierają również badania, przeprowadzone przed przyjęciem naszych chorych do szpitala, stwierdzające poprzednio białko w moczu, a musimy je uważać za wynik oddziaływania chorej nerki na niekorzystne czynniki zewnętrzne, które ze sobą przynoszą stosunki wojenne na froncie, a mianowicie brak odpowiedniej dyety, odpowiedniej ciepłoty zewnętrznej, zmęczenie fizyczne i t. d. Z chwilą ustania tych czynników znikało zaraz białko z moczu, mimo trwania innych typowych objawów klinicznych, w pierwszym rzędzie ogólnych obrzęków.

Chociaż w przypadkach, które typowo ze stanowiska klinicznego musieliśmy zaliczyć obecnie do choroby puchlinowej, badanie nasze jako przyczynę obrazu chorobowego wykazało atypowe schorzenie nerek, to przecież nie mam zamiaru twierdzić, że w ten sposób dadzą się wytłumaczyć wszystkie podobne przypadki. Celem naszym było z grupy schorzeń puchlinowych wyłączyć pewną, nie chcę twierdzić przeważną, liczbę przypadków i wykazać, że tłem schorzenia dla nich jest stan nieprawidłowy nerek, może i zapalny. Nie przesądzam tem samem, że w innych przypadkach choroby puchlinowej może istnieć inna geneza, która tłómaczyłaby powstanie podobnego obrazu chorobowego.

Dziwić musi każdego, że o podobnych obrazach klinicznych nie słyszeliśmy w czasach przedwojennych; puchlina ogólna bez jasnej znanej przyczyny to była »rara avis«, jeżeli wogóle mówiło się o niej. Jaśniej jednak przedstawi nam się sprawa, jeżeli stwierdzimy, że objawy ostrej niedomogi czynnościowej nerek mogą istnieć bez innych cech klinicznych, a przedewszystkiem bez objawu w oczy wpadającego, jakim są obrzęki powłok zewnętrznych. W naszych przypadkach przeprowadziliśmy badania czynnościowe właśnie w tym okresie, w którym ani jeden objaw kliniczny nie wskazywał na poważniejsze, głębsze schorzenie. Musimy dojść do przekonania, że do powstania obrzęków i innych objawów klinicznych w tych przypadkach potrzeba jeszcze zadziałania czynników innych zewnętrznych, do których

---

*) Ciekawe, jakkolwiek dotychczas zupełnie odosobnione spostrzeżenie zrobił Hildebrandt[24]), który już w początkowych okresach gorączki wołyńskiej miał stwierdzać stale we krwi obecność komórek szpikowych, i to czasem w takich ilościach, jakie się spotyka przy białaczce szpikowej; przyczyną obecności tych komórek we krwi ma być podrażnienie szpiku kostnego.

musimy zaliczyć przeziębienie, przemoczenie, może nieodpowiednią dyetę, alkohol i t. d. Tych przyczyn w dostatecznej liczbie dostarczają stosunki wojenne, zwłaszcza na froncie. Bez powyższych czynników możeby sprawa chorobowa przeszła niepostrzeżenie, wśród objawów tylko ogólnego osłabienia, uczucia lekkiego schorzenia, lecz bez głównego objawu, to jest obrzęków. Stosunki domowe pozwalają choremu zaszanować się w tym okresie lekkiego schorzenia, tak, że obrzęki i inne ogólne objawy mogą nie wystąpić zupełnie. Stosunki wojenne jednak, które w tych razach nie pozwalają na zbytnie szanowanie się, mogą wywołać obraz chorobowy w całej pełni, z głównym objawem klinicznym, to jest z ogólnymi obrzękami.

Streszczenie: Z grupy schorzeń, opisywanych dotychczas pod nazwą choroby puchlinowej i t. d., należy wyłączyć przypadki, których tłem jest atypowe schorzenie nerek z głównym objawem, to jest z niedomogą wydzielniczą nerek. Przypadki te, należące genetycznie do grupy schorzeń nerkowych, obejmujemy nazwą »ostrej niedomogi czynnościowej nerek« (adynamia functionalis renum acuta). Anatomiczna przyczyna niedomagania leży w schorzeniu naczyń włosowatych kłębków nerkowych. Przypadki te temsamem zbliżają się do grupy spraw zapalnych nerek, a odbiegają od nich w tem, że brak w nich białka w moczu; stąd nie błędem jest dla nich nazwa: »ostre zapalenie nerek bezbiałkowe« (nephritis acuta analbuminurica).

Piśmiennictwo. 1) Budzyński i Chełchowski: Przegląd lekarski 1915 Nr. 1—3. — 2) Cassel: Berl. klin. Woch. 1900 Str. 218. — 3) Döllner: Münch. med. Woch. 1917 Nr. 20. — 4) Duckworth St.: Bartolom. Hospit. Report. 1383. XIX. — 5) Fenini: Virch.-Hirsch Jahrb. 1872. T. II. Str. 253. — 6) H. Gerharz: Deutsch. med. Woch. 1917. Nr. 17. — 7) A. Gluziński: a) Gaz. lek. 1908. Wien. klin. Woch. 1908. b) Lwows. Tyg. lek. 1913. — 8) Goodhardt: Guys Hosp-Report. 1883. XXVII. — 9) Herringham: Trans. of the clin. Soc. of London. 1901. — 10) Jonscher: Gaz. lek. 1917. Nr. 2—3. — 11) Jürgens: Berl. klin. Woch. 1916. — 12) Koźniewski: Medyc. i Kronika. 1917 Nr. 5—6. — 13) Litten: Charité-Annalen 1882. Str. 162. — 14) Monakow: D. Arch. f. klin. Med. T. 115. — 15) Pollitzer H: D. med. Woch. 1912. — 16) Rumpel: Münch. med. Woch. 1915. — 17) Schlayer: D. Arch. f. klin. Med. T. 98. T. 101. 102. — 18) Starkiewicz: Gaz. lek. 1916. — 19) Sterling Al. i Sterling St.: Gaz. lek. 1916. — 20) Strauss: Akute Nephritiden. Spec. Path. u. Ther. inn. Krankh. Kraus-Brugsch. — 21) Weiss: D. Arch. f. kl. Med. T. 119. — 22) Weltmann; Wien. klin. Woch. 1916. — 23) Wiedemann: Inaug.-Dissert. Kiel. 1896.

Oceny i sprawozdania.

Dr L. Wernic: **Walka z chorobami weneryczn emi i nierządem.** Warszawa 1917. Stron 285.

Na kursach dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego, prowadzonych niedawno przez kilka miesięcy w Warszawie, miał Dr Wernic szereg wykładów o walce z chorobami wenerycznemi. Z tych wykładów powstała spora książka, stanowiąca pewnego rodzaju monografię, a objaśniająca o najnowszym stanie sprawy. Treść książki wykracza nieco poza ramy, zakreślone jej tytułem; oprócz bowiem działów o chorobach wenerycznych, o nierządzie, o podłożu walki z niemi, zawiera książka czwarty dział: o chorobach zakaźnych skóry i walce z niemi. O sposobie ujęcia przedmiotu da wyobrażenie następujące wyliczenie tytułów rozdziałów: Stanowisko państwa wobec chorób wenerycznych. Zarys historyczny walki z zarazą weneryczną. Wpływ warunków fizycznych i społecznych na rozwój chorób wenerycznych. Wpływ przymiotu na rozwój ludności. Rzeżączka a wyludnienie. Wrzód miękki oraz inne cierpienia weneryczne. Dane historyczne o rozwoju nierządu. Główne kierunki walki z nierządem. Stosunki ilościowe płci i wieku oraz rozmiary zarazy wenerycznej w Polsce. Podstawy organizacyi walki z chorobami wenerycznemi w Polsce. Prawodawstwo w dziedzinie walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Choroby skórne, ich znaczenie społeczne i państwowe. Choroby zawodowe skórne robotników i choroby skórne dzieci. O trądzie i wilku (toczniu). W »dodatku« przedrukował autor pouczenia dla ludności, wydane przez »Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi« (które autor założył w Warszawie w r. z.), oraz przytoczył obfite najnowsze dane statystyczne o chorobach wenerycznych, prostytucyi i szpitalach dla chorych wenerycznych w Polsce. W tekscie znajduje się oprócz tego bardzo obfity materyał statystyczny. Dołączona do książki mapka przedstawia obecny stan szpitali dla wenerycznych w Królestwie polskiem.

Książka Wernica może oddać usługi lekarzom, współdziałającym w walce z chorobami wenerycznemi oraz zajmującym stanowiska lekarzy urzędowych. W drugiem wydaniu książki byłoby pożądane dołączenie wykazu piśmiennictwa. r.

L. Karwacki: **O leczeniu przyczynowem duru brzusznego.** (Odczyty kliniczne. Serya XXI).

W odczycie tym daje K. pogląd na leczenie duru brzusznego surowicą i szczepionkami. Omawia sposoby leczenia surowicą bakteryobójczą, »przeciwjadową« i »antyendotoksyczną« i wyniki, otrzymane zapomocą tego leczenia. Potem omawia leczenie szczepionkami, uzyskanemi w różny sposób z bakteryi durowych i wyniki tego leczenia. Wykazuje, że tak seroterapia, jak i bakteryoterapia tyfusu brzusznego nie odpowiedziały dotąd nadziejom, jakie w nich pokładano. Twierdzi, że »leczenie przyczynowe« chorób zakaźnych polegać może na dwu możliwościach: Jedną byłoby »wyjałowienie« ustroju, t. j. zniszczenie w nim wszystkich zarazków, wywołujących daną chorobę, a drugą byłoby znieczulenie ustroju na jady, produkowane przez bakterye, wywołujące daną chorobę. Na pierwszą możliwość zwrócił uwagę Ehrlich, podając swoją »therapia sterilisans magna«. W leczeniu duru starano się ją osiągnąć przez używanie surowicy bakteryobójczej. W początkach dopiero są usiłowania wyjałowienia chorego na dur ustroju przez dożylne lub podskórne wstrzykiwanie związków chemicznych. Drugą możliwość starano się uzyskać zapomocą surowic »antyendotoksycznych« i »przeciwjadowych«, a także przez wywołanie w ustroju chorym wstrząsu anafilaktycznego, któryby antyanafilaktyzował ustrój przeciw dopływowi dalszych jadów czy endotoksyn tyfusowych. Podniesienie ciepłoty i niektóre inne objawy w chorobach zakaźnych są prawdopodobnie wyrazem wstrząsu anafilaktycznego, wywoływanego ciągle na nowo, przez dopływ do obiegu krwi jadów lub endotoksyn bakteryjnych. Jeśli więc uda się przez odpowiedni zabieg, jak n. p. użycie dożylne szczepionek homologicznych lub heterologicznych, zantynafilaktyzować ustrój — to stanie się on niewrażliwym na dalszy jad, co będzie równoznaczne z wyleczeniem. Taki wstrząs antyanafilaktyczny można wywołać nietylko zapomocą szczepionek, ale także zapomocą roztworów koloidalnych niektórych metali, jak złota i rtęci. Próby dotychczasowe bardzo zachęcają do dalszych doświadczeń, a ponieważ nadto wstrząs, jaki powstaje po wstrzyknięciu dożylnem roztworów kolloidalnych złota i rtęci, jest łagodniejszy, niż wstrząs, powstający po wstrzyknięciu dożylnem szczepionki tyfusowej, więc Karwacki pokłada nadzieję głównie w użyciu roztworów koloidalnych, czyli, jakby się ogólnie można wyrazić, w przyczynowem nieswoistem leczeniu.

Z odczytem Karwackiego powinien się zapoznać każdy lekarz, mający do czynienia w praktyce z durem brzusznym; znajdzie tam niejeden temat do rozmyślań i niejedną zachętę do prób na nowych drogach leczenia i do zerwania z szablonem. Za ujemną stronę odczytu uważam pośpieszność w jego spisaniu, albowiem cierpi na tem jasność i prostota wykładu, a to nie zachęca do czytania.

Osobiście muszę nadmienić — choćby mnie miał spotkać zarzut zacofania — że nie uważam sprawy swoistego leczenia chorób zakaźnych, a więc i tyfusu, za przesądzoną. Nie uważałbym za anachronizm, gdyby ktoś dalej pracował w tym kierunku: przeciwnie sądzę, że trzeba dalej także tej drogi próbować. W leczeniu przyczynowem chorób zakaźnych istnieją nietylko te dwie możliwości, o których mówi Karwacki, i które omówiono wyżej, ale jeszcze trzecia, mojem zdaniem najważniejsza, a możnaby dodać jeszcze czwartą. Pierwsza możliwość, t. j. wyjałowienie ustroju, ma tę stronę ujemną, że ustrój taki może wkrótce po wyleczeniu znowu zapaść na tęsamą chorobę, o ile sposobność do zakażenia istnieje. Druga możliwość, t. j. znieczulenie ustroju na jady wytwarzane przez bakterye, ma tę stronę ujemną, że bakterye mogą dalej żyć w ustroju i wydzielać się z niego. Ustrój taki może więc być niebezpieczny dla otoczenia. Trzecia możliwość polegałaby na zamienieniu ustroju niejako na

pożywkę, nieprzydatną do wzrostu danych bakteryi, czyli na uodpornieniu ustroju przeciw bakteryom. Uodporniony ustrój ani nie potrzebowałby obawiać się powtórnego zakażenia przez cały czas trwania odporności, ani nie byłby niebezpieczny dla otoczenia: byłby to najidealniejszy stan ustroju i z pewnością warto się trudzić, aby doprowadzić do takiego stanu. Do dziś dnia zaś nie potrafimy doprowadzić do takiego stanu inaczej, jak przez szczepienie swoistymi zarazkami (n. p. szczepienia przeciw ospie lub cholerze).

Czwartych możliwości jest kilka: wszystkie one polegałyby na kombinacyi pierwszych trzech.

Kończę, zachęcając wszystkich interesowanych raz jeszcze do zapoznania się z pracą Karwackiego.

Prof Dr R. Nitsch.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. XI. posiedzenie, na którem z zapowiedzianego porządku dziennego wyczerpano następujące punkty: 1) Dr Borowski: Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa. 2) Dr Mostowska: Postrzały rdzenia kręgowego, leczenie, rokowanie i wyniki. 3) Dr Jaworski: Zaszycie jamy brzusznej przy ropnych sprawach otrzewnej. — W dyskusyach przemawiali kol. Hładij, K. Piotrowski, Marcisiewicz, Kleczkowski, Oszacki, Zubrzycki, Radliński.

Następne posiedzenie odbędzie się w Domu Towarzystwa d. 28. XI. Jako prelegent przybywa na nie gość z Warszawy, Dr B. Dębiński.

— Prezydyum miasta zwraca się za pośrednictwem Towarzystwa lekarskiego do wszystkich lekarzy z prośbą o pomoc w sprawie następującej. Miejskie Biuro zapomogowe dla chorych, korzystających z państwowej akcyi zapomogowej, wydaje na zasadzie świadectw lekarskich bony na grysik, mąkę, jaja, mleko, obiady, a wyjątkowo i na lekarstwa. Jednakże Biuro odrazu miało zakreślone granice swych zadań, mianowicie może ono udzielać pomocy tylko obłożnie chorym ubogim, których nagłe zachorzenie stawia rodzinę w położeniu bez wyjścia; pomoc może się rozciągać na 4—6 tygodni okresu zdrowienia. Natomiast pomoc, udzielana przez Biuro, nie może objąć wszystkich osób starych, przewlekle chorych, wątłych dzieci, karmiących matek i brzemiennych kobiet; takich osób niepodobna przecie zaliczać do obłożnie chorych i nie należy im też dawać poświadczeń dla uzyskania bonów. Również nie mogą korzystać ze świadczeń Biura osoby zamożne (choćby chore), aby nabyć (choćby za pełną cenę) produkty, trudne do nabycia. W interesie istotnie ubogich, a ciężko i obłożnie chorych należy ściśle trzymać się tych zastrzeżeń przy wydawaniu świadectw, bo liczba już wspomaganych przez Biuro chorych (do 1000) przekracza zarówno środki finansowe Biura, jak i zasoby środków spożywczych na ten cel.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wincenty Jerzy Babecki, podporucznik wojsk polskich, rodem z Kluszowa w Królestwie polskiem.

Warszawa. Wakują posady lekarskie w szpitalach w Turku w kaliskiem, w szpitalu żydowskim w Kaliszu, w Żelechowie i w Maciejowicach.

Zmarli: Dr Stanisław Skobel w 74 r. ż. w Krakowie; Dr H. Willer, z duru plamistego, w 53 r. ż. we Lwowie; Dr Witolda z Karpowiczów Rechniewska, lekarka miejscowa szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 55 r. ż.

Redakcya otrzymała: A. Beck: O dwukierunkowem przewodzeniu nerwów. (Akad. Umiej. Kraków 1917). — L. Wernic: 1) O stosowaniu stężonych rozczynów neosalwarsanu w przymiocie. 2) Leczenie szczepionkami rzeżączki. (Gaz. lek. 1913). 3) W sprawie leczenia rzeżączki metodą zastoiny. (Med. i Kron. lek. 1913). 4) Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem. (Kursy przygotowawcze dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego). Warszawa 1917. Stron 285.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 28. listopada** 1917 o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr B. Dębiński (z Warszawy). Stwardnienie płuc doświadczalne i kliniczne. 2) Dr Kostrzewski: W sprawie odczynu Wassermanna. 3) Doc. Dr J. Nowaczyński: O zapaleniu nerek.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.